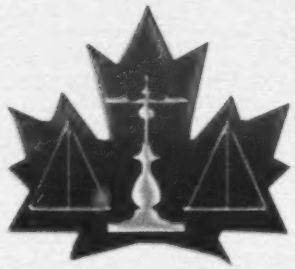
N° 85-002-X au catalogue
ISSN 1205-8882

Juristat

La santé mentale et les contacts avec la police au Canada, 2012



par Jillian Boyce, Cristine Rotenberg et Maisie Karam
Centre canadien de la statistique juridique

Date de diffusion : le 2 juin 2015

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

• Service de renseignements statistiques	1-800-263-1136
• national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
• Télécopieur	1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

• Service de renseignements	1-800-635-7943
• Télécopieur	1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens »

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2015

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

La santé mentale et les contacts avec la police au Canada, 2012 : faits saillants

- Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (ESCC — SM) de 2012 ont révélé qu'environ 5 millions de Canadiens de 15 ans et plus, ou à peu près 1 personne sur 5 (18,4 %), ont déclaré être entrés en contact avec la police au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Parmi ces 5 millions de Canadiens qui sont entrés en contact avec la police, 18,8 % satisfaisaient également aux critères d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
- En 2012, environ 2,8 millions de Canadiens de 15 ans et plus, soit 1 Canadien sur 10, répondaient aux critères associés à la présence d'au moins un des troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances suivants : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues.
- Dans l'ensemble, la proportion de personnes atteintes d'un trouble mental seulement (5,5 %) était supérieure à la proportion de personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation de substances seulement (3,4 %), alors que 1,0 % des Canadiens présentaient à la fois un trouble mental et un trouble lié à l'utilisation de substances.
- Comparativement aux autres groupes d'âge, les jeunes Canadiens ont affiché le taux le plus élevé de troubles. En effet, près de 1 Canadien sur 5 (18,5 %) âgé de 15 à 24 ans satisfaisait aux critères associés à au moins un des troubles mentaux ou troubles liés à l'utilisation de substances mesurés dans le cadre de l'enquête. Cela est en partie attribuable aux troubles liés à l'utilisation de substances, qui étaient beaucoup plus répandus dans ce groupe d'âge.
- Dans l'ensemble, les Canadiens atteints d'un trouble ont enregistré un taux plus élevé de mauvais traitements pendant l'enfance (66,5 %), tels qu'ils ont été mesurés dans le cadre de l'ESCC — SM de 2012, que ceux qui n'avaient aucun trouble (44,9 %). Les différences dans les types de mauvais traitements pendant l'enfance avaient tendance à être plus prononcées parmi les formes de mauvais traitements considérées comme les plus graves. Par exemple, la proportion de personnes ayant été attaquées physiquement était près de trois fois plus élevée chez les personnes atteintes d'un trouble (22,9 %) que chez celles ne présentant aucun trouble (8,4 %).
- Parmi les Canadiens qui sont entrés en contact avec la police, ceux atteints d'un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances, comparativement à ceux qui ne présentaient aucun trouble, étaient plus susceptibles d'entrer en contact avec la police pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation de substances (18,7 %) ainsi que dans le cadre d'une arrestation (12,5 %).
- Alors que la majorité des personnes qui sont entrées en contact avec la police l'ont fait pour une seule raison, une plus grande proportion de Canadiens présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances (30,6 %) ont déclaré plus d'une raison de l'avoir fait comparativement à ceux ne présentant aucun trouble (12,2 %).
- La présence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances était associée à une probabilité accrue d'entrer en contact avec la police, même après avoir pris en compte des facteurs démographiques et socioéconomiques connexes. De plus, les personnes qui estimaient avoir besoin d'aide en ce qui a trait aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances étaient aussi plus susceptibles d'entrer en contact avec la police, que ce besoin ait été satisfait ou non.

La santé mentale et les contacts avec la police au Canada, 2012

par Jillian Boyce, Cristine Rotenberg et Maisie Karam

Les Canadiens peuvent entrer en contact avec la police pour diverses raisons, tous les contacts n'étant pas de nature criminelle. Des recherches antérieures ont révélé que la plupart des personnes présentant un trouble de santé mentale ne commettent pas d'actes criminels; toutefois, les contacts avec la police sont fréquents au sein de cette population (Brink et autres, 2011; Coleman et Cotton, 2014). En outre, on a observé une hausse de la fréquence de ces interactions au cours des dernières décennies en raison de changements stratégiques et législatifs (Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B., 2005; Service de police de Vancouver, 2013; Lurigio et Watson, 2010). Par exemple, même si le processus de désinstitutionnalisation a fait passer le traitement des troubles de santé mentale des hôpitaux à la collectivité, certains prétendent que le soutien communautaire peut ne pas avoir été élargi proportionnellement pour compenser la perte de services institutionnels, ce qui peut faire en sorte que les policiers assument le rôle de premiers intervenants dans des situations de crise ou après les heures normales d'ouverture des établissements de santé (Coleman et Cotton, 2014; Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B., 2005).

L'information sur les interactions entre les policiers et les personnes présentant un trouble de santé mentale est une priorité pour diverses raisons. Tout d'abord, il peut s'agir des situations les plus imprévisibles et dangereuses dans le cadre desquelles les policiers devront intervenir, et elles peuvent s'avérer tout aussi dangereuses, sinon plus, pour la personne atteinte du trouble (Chappell, 2008; Kerr, Morabito et Watson, 2010; Coleman et Cotton, 2014; Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B., 2005). Ensuite, même si la majorité de ces interactions sont gérées sans que cela ne porte préjudice au policier ou à la personne présentant un trouble, elles peuvent prendre beaucoup de temps et utilisent souvent une grande partie des ressources non seulement des services de police, mais également des secteurs de la santé et des services sociaux (Lurigio et Watson, 2010).

Au Canada, il n'existe actuellement aucun cadre ni aucune ligne directrice normalisés pour recueillir des données sur les interactions entre les policiers et les personnes présentant un trouble de santé mentale[1]. Même si certains services de police publient des chiffres à ce sujet de manière indépendante, bon nombre d'entre eux ne sont pas comparables entre les différents secteurs de compétence en raison de différences dans les définitions et dans les méthodes de collecte de renseignements.

En l'absence de données représentatives à l'échelle nationale au sujet des personnes présentant un trouble de santé mentale et de leurs contacts avec la police, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (ESCC — SM) de 2012 fournit un point de départ pour combler cet écart (voir l'encadré 1). L'ESCC — SM de 2012 représente le quatrième cycle de l'ESCC axé sur un thème particulier (Statistique Canada, 2013). Même si un cycle axé sur la santé mentale et le bien-être des Canadiens a été mis en œuvre en 2002, la plupart des troubles mesurés dans le cadre de l'ESCC — SM de 2012 ne sont pas comparables aux troubles mesurés par l'enquête en 2002 (Pearson, Janz et Ali, 2013). De plus, les questions sur les contacts des répondants avec la police n'avaient pas été posées en 2002.

Cet article de *Juristat* s'appuie sur des données de l'ESCC — SM de 2012 afin de faire état de la prévalence des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances au Canada en 2012, ainsi que des caractéristiques courantes chez les personnes présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances. En outre, il traite en détail du type de contacts entre les personnes atteintes d'un trouble et les policiers et de leur fréquence, et de la mesure dans laquelle ces contacts diffèrent de ceux des personnes n'ayant aucun trouble.

Encadré 1
Ce qu'il faut savoir au sujet de la présente étude

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (ESCC — SM) de 2012 a permis de recueillir des données sur les personnes de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces.

Dans le cadre de l'ESCC — SM de 2012, on posait des questions aux répondants sur les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances. Plus précisément, l'enquête mesurait six troubles : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues[2].

Les répondants ne devaient pas définir eux-mêmes les troubles. Dans le cadre de l'enquête, les participants devaient répondre aux modules particuliers du Composite International Diagnostic Interview de l'Organisation mondiale de la Santé, un instrument normalisé aux fins de l'évaluation des troubles mentaux fondé sur la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV). On posait aux répondants une série de questions sur les symptômes ressentis et les types de comportements adoptés. Selon les réponses, les répondants étaient réputés avoir satisfait aux critères d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substance particulier et étaient classés en conséquence. Tous les troubles dont traite le présent article reposent sur le fait que les répondants satisfaisaient aux critères d'un trouble au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

L'ESCC — SM de 2012 visait à recueillir des renseignements sur l'état de santé mentale des Canadiens ainsi que sur l'accès aux services et au soutien professionnels et informels en matière de santé mentale et le besoin perçu de ces services et de ce soutien. En outre, l'enquête permettait d'interroger les Canadiens sur leurs contacts avec la police, que ce soit pour des raisons criminelles ou non criminelles.

Même si les Canadiens peuvent entrer en contact avec la police pour diverses raisons, la présente analyse porte sur les raisons suivantes pour être entré en contact avec la police : les délits de la route, le fait d'être victime ou témoin d'un crime, une arrestation, les problèmes personnels liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances, ou les problèmes d'un membre de la famille liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances. Même si, dans l'enquête, on recueillait également des renseignements au sujet des contacts des répondants avec la police découlant de séances d'information publique, de raisons liées au travail, d'accidents et d'autres raisons, ces éléments ont été exclus de la présente analyse. Les raisons de l'exclusion reposaient sur l'ambiguïté de la catégorie, ou sur le fait que l'on croyait que le contact était davantage lié aux activités de sensibilisation de la police qu'à des motifs propres à la personne. Comme pour l'information relative aux troubles mentaux et aux troubles liés à l'utilisation de substances, l'information concernant les contacts avec la police repose sur les contacts survenus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Il est bon de noter que les données présentent des limites importantes dans le cadre de l'analyse actuelle. L'ESCC — SM de 2012 ne permettait pas de recueillir de données auprès des personnes vivant dans les réserves ou autres établissements autochtones, des membres à temps plein des Forces canadiennes[3] et des personnes vivant en établissement. On estime que ces populations représentent environ 3 % de la population cible (Statistique Canada, 2013). De plus, comme l'enquête permettait de recueillir des données auprès des personnes habitant dans les 10 provinces, les Canadiens vivant dans les territoires se trouvaient hors du champ de l'enquête. Les raisons pour lesquelles les territoires ont été exclus de la collecte de données étaient liées, d'une part, au fait que la taille des échantillons était trop petite, ce qui empêchait possiblement la production d'estimations pouvant être diffusées, et d'autre part, au fait qu'elle devait demeurer le plus comparable possible avec l'ESCC — SM de 2002, qui n'a également pas recueilli de données auprès des territoires. En outre, comme il s'agit d'une enquête-ménage, la population des sans-abri était également hors du champ de l'enquête.

Par ailleurs, lorsqu'il est question des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que des contacts avec la police, il est important de souligner le fait que les taux fournis pourraient sous-estimer l'étendue de ces questions au Canada, étant donné que seulement certains troubles et certains types de contacts avec la police ont été mesurés. En outre, certains troubles qui se sont révélés être des facteurs importants dans les interactions des personnes avec la police, comme le trouble de la personnalité antisociale et le syndrome d'alcoolisation fœtale (MacPhail et Verdun-Jones, 2013; Stewart et Glowatski, 2014), n'ont pas été pris en compte dans cette enquête.

Environ 1 contact avec la police sur 5 impliquait une personne présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances

En 2012, environ 2,8 millions de Canadiens de 15 ans et plus, soit 1 Canadien sur 10, répondaient aux critères associés à au moins un des six troubles mentaux ou troubles liés à l'utilisation de substances mesurés dans le cadre de l'ESCC — SM de 2012 au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (tableau 1)[4,5]. Dans l'ensemble, on trouve une plus forte proportion de personnes atteintes d'un trouble mental seulement[6] (5,5 %) que d'un trouble lié à l'utilisation de substances seulement[7] (3,4 %). En outre, 1,0 % de la population a fait état de symptômes correspondant à la fois à un trouble mental et à un trouble lié à l'utilisation de substances.

Parmi les troubles mesurés dans le cadre de l'enquête, la dépression était le trouble le plus courant, touchant 4,7 % des Canadiens de 15 ans et plus (tableau 1). Chez les personnes satisfaisant aux critères d'un trouble, un peu moins du tiers (29,7 %) ont fait état de symptômes correspondant à plus d'un trouble.

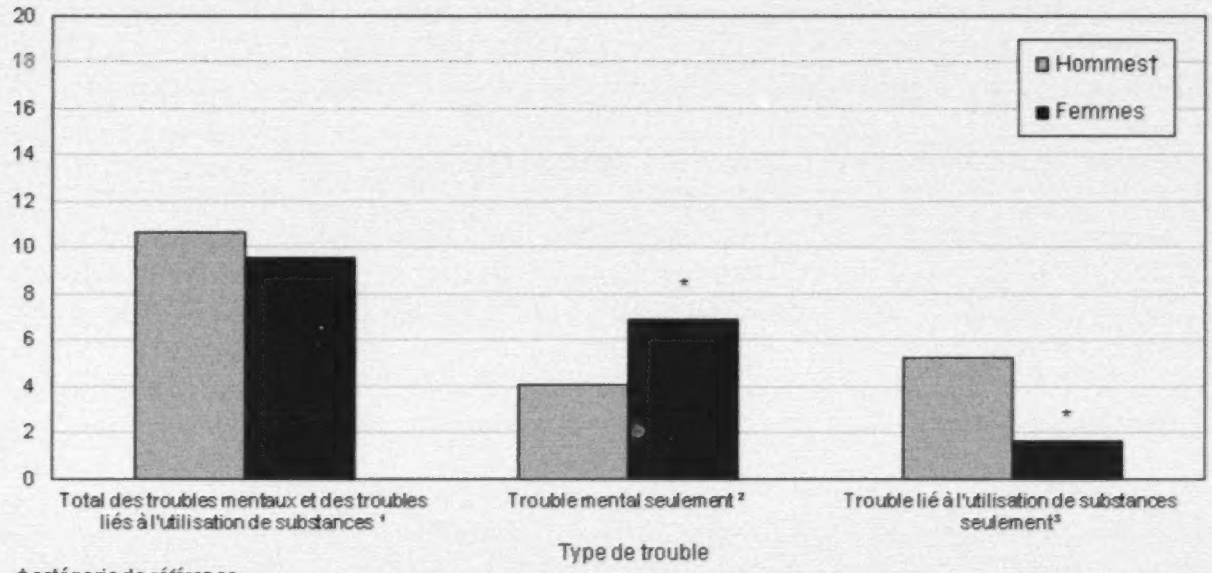
Selon les résultats de l'ESCC — SM de 2012, 18,4 %, ou environ 5 millions de Canadiens, ont déclaré être entrés en contact avec la police au cours des 12 mois précédents (tableau 2)[8]. Parmi ces 5 millions de Canadiens qui sont entrés en contact avec la police, environ 1 personne sur 5 (18,8 %) répondait aux critères d'un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances.

Étant donné qu'environ 1 personne sur 5 ayant déclaré être entrée en contact avec la police présentait aussi un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances, il est important de mieux comprendre cette population. La connaissance des caractéristiques démographiques pouvant être associées aux troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, ainsi que des expériences pouvant être plus fréquentes au sein de cette population, pourrait permettre de mieux comprendre les besoins de cette population unique. Une meilleure compréhension de cette population pourrait contribuer à l'amélioration des services policiers et de santé mentale.

Les troubles mentaux sont plus courants chez les femmes, alors que les troubles liés à l'utilisation de substances sont plus répandus chez les hommes

Même si la proportion globale de troubles chez les hommes et les femmes était relativement semblable (10,6 % et 9,6 % respectivement), on remarque des différences lorsqu'on examine les troubles mentaux seulement et les troubles liés à l'utilisation de substances seulement (tableau 1, graphique 1). Plus précisément, les femmes (6,9 %) étaient plus susceptibles que les hommes (4,1 %) de répondre aux critères d'un trouble mental. Les femmes étaient plus nombreuses à faire état d'une dépression (5,8 %) ou d'un trouble d'anxiété généralisée (3,2 %) que leurs homologues masculins (3,6 % et 2,0 % respectivement)[9].

Graphique 1
Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au cours des 12 mois précédents, selon le sexe, Canada, 2012



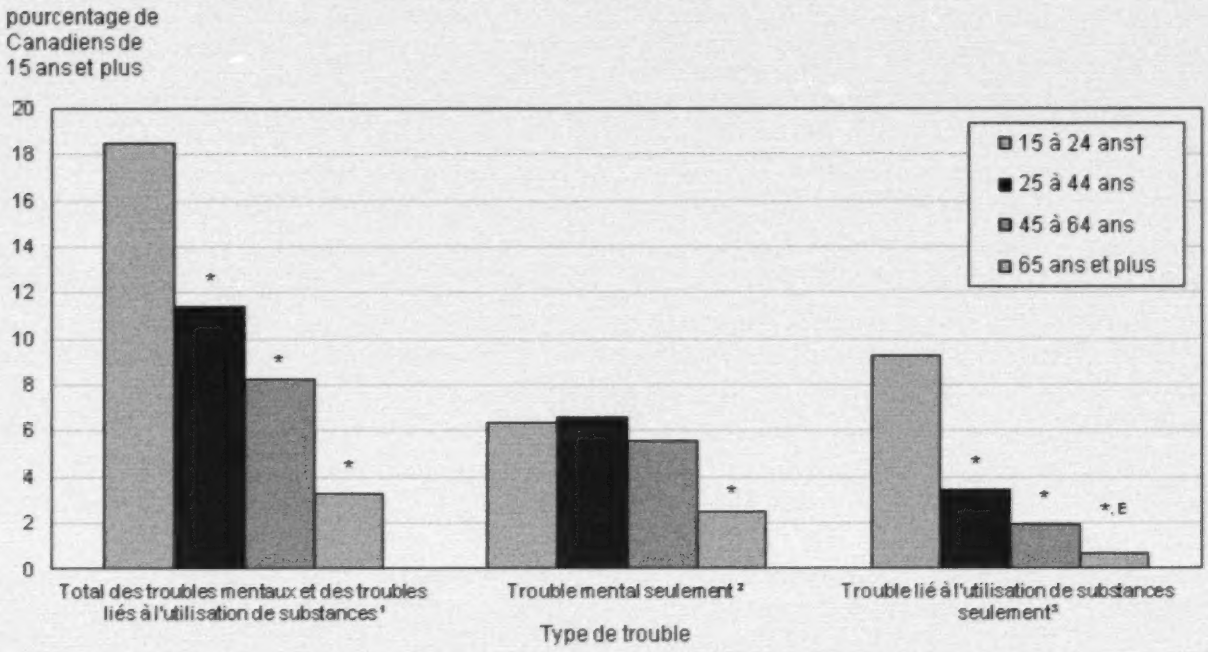
† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
1. Le « Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances » comprend les troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, et inclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
2. Les troubles mentaux comprennent la dépression, le trouble bipolaire et le trouble d'anxiété généralisée. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
3. Les troubles liés à l'utilisation de substances comprennent l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, l'abus de cannabis ou la dépendance au cannabis, et l'abus d'autres drogues ou la dépendance à d'autres drogues. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
Note: Exclut les répondants pour lesquels aucun trouble mental ou lié à l'utilisation de substances n'a été déclaré au cours des 12 mois précédents.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

En revanche, les hommes (5,2 %) étaient plus susceptibles que les femmes (1,6 %) de satisfaire aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances. En effet, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à faire état des trois types de troubles liés à l'utilisation de substances : abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues (tableau 1). Ces conclusions concordent avec les résultats de recherches antérieures, qui ont révélé des taux plus élevés de troubles mentaux chez les femmes (Fleury et autres, 2011; Nguyen et autres, 2005) et des taux plus élevés de troubles liés à l'utilisation de substances chez les hommes (Seedat et autres, 2009).

Les troubles sont plus fréquents chez les jeunes Canadiens

Lorsqu'on tenait compte de l'âge, les troubles étaient plus courants chez les jeunes Canadiens, puis diminuaient au fur et à mesure qu'augmentait l'âge (tableau 3, graphique 2). Parmi les Canadiens de 15 à 24 ans, 18,5 % présentaient un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances, comparativement à 11,4 % des adultes de 25 à 44 ans, à 8,3 % des adultes de 45 à 64 ans et à 3,2 % de ceux de 65 ans et plus.

Graphique 2
Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au cours des 12 mois précédents, selon le groupe d'âge, Canada, 2012



† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
E à utiliser avec prudence (ces données comportent un coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %)
1. Le « Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances » comprend les troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, et inclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
2. Les troubles mentaux comprennent la dépression, le trouble bipolaire et le trouble d'anxiété généralisée. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
3. Les troubles liés à l'utilisation de substances comprennent l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, l'abus de cannabis ou la dépendance au cannabis, et l'abus d'autres drogues ou la dépendance à d'autres drogues. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
Note: Exclut les répondants pour lesquels aucun trouble mental ou lié à l'utilisation de substances n'a été déclaré au cours des 12 mois précédents.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Toutefois, les écarts dans les taux globaux de troubles en fonction de l'âge sont en partie attribuables aux troubles liés à l'utilisation de substances. Plus précisément, les personnes de 15 à 24 ans étaient plus susceptibles que celles des autres groupes d'âge de présenter un trouble lié à l'utilisation de substances (9,3 %). Ce résultat est attribuable aux jeunes hommes de 15 à 24 ans, qui ont enregistré une proportion nettement plus élevée de troubles liés à l'utilisation de substances que leurs homologues de sexe féminin (12,8 % par rapport à 5,5 %). En comparaison avec les autres groupes d'âge, les Canadiens de 15 à 24 ans ont également affiché le plus fort taux de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances (2,8 %)[10].

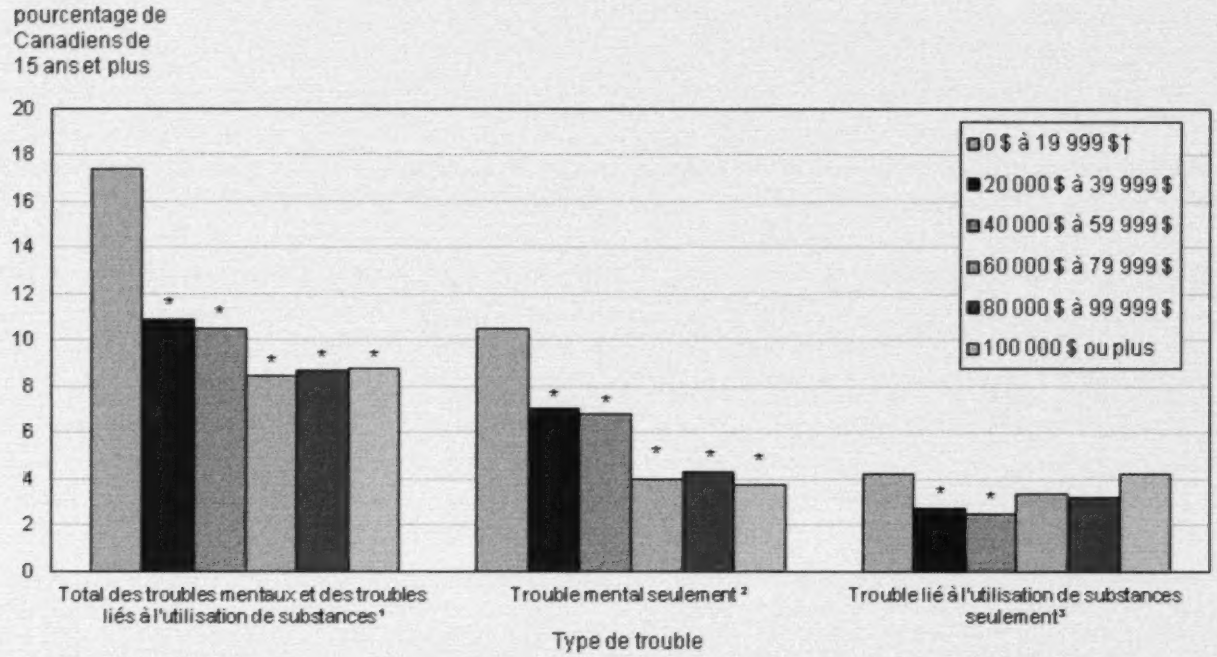
Par comparaison, la proportion de personnes atteintes d'un trouble mental était environ égale pour tous les groupes d'âge, à l'exception des personnes de 65 ans et plus. Les faibles taux de troubles chez les personnes de 65 ans et plus sont similaires aux conclusions tirées d'autres recherches, selon lesquelles les troubles mentaux (troubles de l'humeur et de l'anxiété), et particulièrement les troubles liés à l'utilisation de substances, sont plus faibles parmi les cohortes plus âgées (Kessler et autres, 2005).

Les troubles sont plus répandus parmi les Canadiens à faible revenu

Un faible statut socioéconomique a souvent été associé à des taux plus élevés de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances (Association canadienne pour la santé mentale, Ontario, 2007; Caron et Liu, 2011; Organisation mondiale de la Santé, 2012) (voir l'encadré 2). Les résultats de l'ESCC — SM de 2012, qui sont conformes à ceux de recherches antérieures, ont révélé qu'une proportion plus élevée de personnes dont le revenu annuel du ménage était inférieur à 20 000 $ présentaient un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances comparativement aux personnes appartenant aux autres catégories de revenus. Cependant, il est important de souligner que même si les résultats de l'ESCC — SM de 2012 révélaient un lien entre le revenu et les troubles, il est impossible d'établir un lien de causalité, ce qui signifie que l'un n'est pas nécessairement la conséquence de l'autre.

En 2012, 17,4 % des Canadiens dont le revenu annuel du ménage était inférieur à 20 000 $ satisfaisaient aux critères d'un trouble, tandis que dans toutes les autres catégories de revenus, la proportion des personnes atteintes d'un trouble allait de 8,4 % à 10,9 % (tableau 3, graphique 3)[11]. Il est important de noter, cependant, que le lien entre le revenu et les troubles est surtout évident pour les troubles mentaux seulement, qui sont nettement plus répandus chez les personnes ayant un revenu annuel du ménage inférieur à 20 000 $ que chez celles appartenant aux autres catégories de revenus. Cette tendance n'était pas aussi évidente pour les troubles liés à l'utilisation de substances, la proportion de personnes ayant ce type de trouble seulement étant presque égale dans la catégorie des revenus les plus faibles et la catégorie des revenus les plus élevés (4,2 % chacune).

Graphique 3
Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au cours des 12 mois précédents, selon le revenu annuel du ménage, Canada, 2012



† catégorie de référence

* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)

1. Le « Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances » comprend les troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, et inclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
2. Les troubles mentaux comprennent la dépression, le trouble bipolaire et le trouble d'anxiété généralisée. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
3. Les troubles liés à l'utilisation de substances comprennent l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, l'abus de cannabis ou la dépendance au cannabis, et l'abus d'autres drogues ou la dépendance à d'autres drogues. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.

Note: Les revenus du ménage n'ont pas été ajustés pour tenir compte de la taille du ménage ni de l'emplacement géographique. Exclut les répondants pour lesquels aucun trouble mental ou lié à l'utilisation de substances n'a été déclaré au cours des 12 mois précédents.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Une situation de faible revenu est aussi associée au recours à l'aide sociale. Les personnes qui reçoivent des prestations d'aide sociale[12] comme principale source de revenu étaient près de trois fois plus susceptibles de présenter un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances que les Canadiens dont la principale source de revenu était un revenu d'emploi (tableau 3). Dans l'ensemble, environ 3 Canadiens sur 10 (29,4 %) ayant déclaré des prestations d'aide sociale comme principale source de revenu présentaient un trouble, comparativement à 1 Canadien sur 10 (10,2 %) dont la principale source de revenu était un revenu d'emploi. Autrement dit, parmi les Canadiens atteints d'un trouble, 9,3 % ont déclaré que l'aide sociale était leur principale source de revenus, comparativement à 2,5 % des personnes ne présentant aucun trouble.

Un faible revenu était aussi lié à des niveaux de scolarité moins élevés (Zeman, McMullen et De Broucker, 2010; Association canadienne pour la santé mentale, Ontario, 2007). Compte tenu du fait que les troubles étaient plus fréquents chez les personnes ayant déclaré un revenu annuel du ménage inférieur à 20 000 $, on pourrait présumer que les troubles seraient plus répandus chez les personnes ayant le plus faible niveau de scolarité; cependant, ce n'était pas le cas. En 2012, la prévalence des troubles était plus élevée chez les personnes qui avaient fait des études postsecondaires (tableau 3), une constatation qui demeurait vraie même lorsqu'on excluait de l'analyse les personnes de 15 à 24 ans.

Encadré 2
Itinérance, santé mentale et contacts avec la police

Comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (ESCC — SM) de 2012 a été conçue pour recueillir des données auprès des ménages dans les 10 provinces, la population des sans-abri n'était pas prise en compte dans cette enquête. Il peut être difficile d'obtenir des renseignements sur les sans-abri pour diverses raisons. Par exemple, les définitions de l'itinérance varient souvent d'une étude à l'autre, sans compter que la population des sans-abri peut être mobile et, dans bien des cas, peut être à l'abri des regards (Gaetz et autres, 2013; Institut canadien d'information sur la santé, 2007). Il peut donc être encore plus difficile de recueillir des renseignements sur les sans-abri qui ont des problèmes de santé mentale ou qui entrent en contact avec la police, ou les deux.

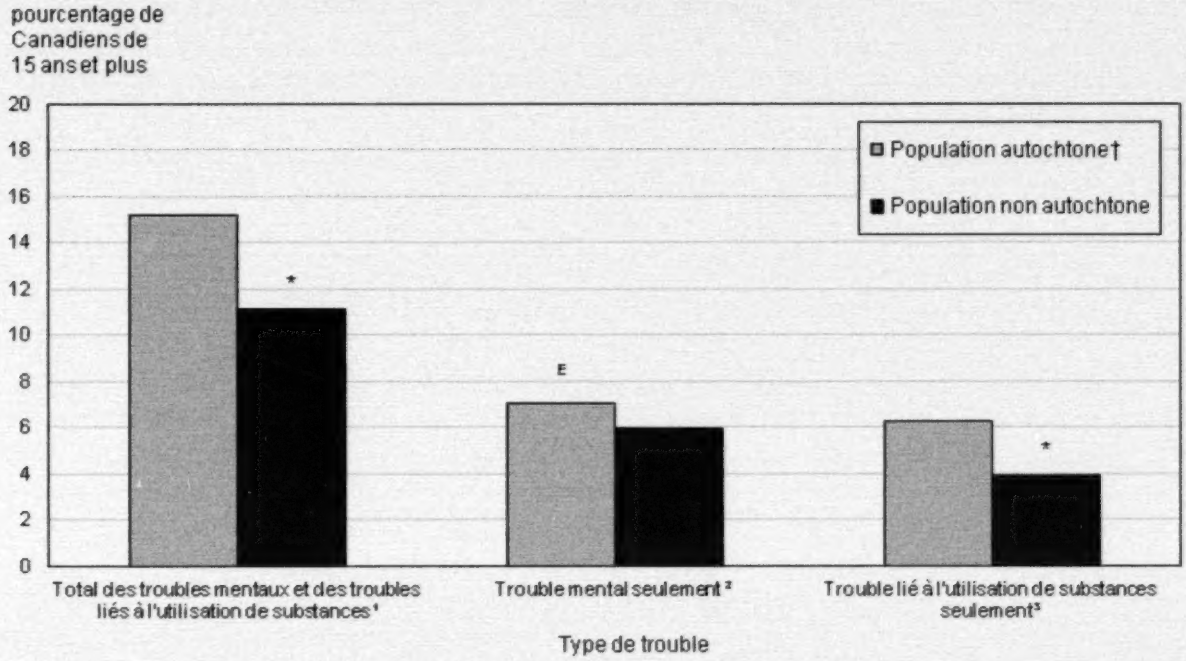
Même si les données sur la population itinérante sont limitées, on estime actuellement qu'au moins 200 000 Canadiens ont recours aux refuges d'urgence pour sans-abri ou dorment à l'extérieur au cours d'une année donnée, et qu'au moins 30 000 Canadiens sont sans abri au cours d'une nuit donnée (Gaetz et autres, 2013). En raison de l'absence de méthodes faisant l'objet d'un consensus pour saisir la prévalence des troubles mentaux chez ces personnes, il est difficile d'estimer le nombre de sans-abri atteints de troubles mentaux (Hwang, 2001). Cependant, certaines études ont révélé que les problèmes de santé mentale sont plus fréquents chez la population itinérante que chez la population générale (Institut canadien d'information sur la santé, 2007). Il est important de noter que même si l'itinérance et les troubles mentaux sont souvent liés, l'un n'entraîne pas nécessairement l'autre (Echenberg et Jensen, 2009; Institut canadien d'information sur la santé, 2007).

On a observé que les sans-abri atteints d'un trouble mental entraient plus souvent en contact avec la police (Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B., 2005). Ces contacts avec la police n'étaient pas nécessairement de nature violente et étaient plus susceptibles d'être liés à des délits mineurs pouvant être perçus comme inappropriés, perturbateurs ou potentiellement dangereux par les membres du public (Fischer et autres, 2008). En outre, les sans-abri qui présentent un trouble mental peuvent entrer en contact avec la police en raison de risques pour leur sécurité, ou parce qu'ils ont été victimes d'un crime, car des recherches antérieures ont révélé que ces personnes ont tendance à être plus vulnérables à la victimisation (Markowitz, 2011).

La population autochtone présente un risque accru de troubles liés à l'utilisation de substances

Le taux global de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances chez les Canadiens qui ont déclaré appartenir à la population autochtone était supérieur à celui observé chez les personnes ayant déclaré ne pas appartenir à la population autochtone (15,2 % par rapport à 11,2 %)[13] (tableau 3, graphique 4).

Graphique 4
Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au cours des 12 mois précédents, selon l'identité autochtone, Canada, 2012



† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
E à utiliser avec prudence (ces données comportent un coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %)
1. Le « Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances » comprend les troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, et inclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
2. Les troubles mentaux comprennent la dépression, le trouble bipolaire et le trouble d'anxiété généralisée. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
3. Les troubles liés à l'utilisation de substances comprennent l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, l'abus de cannabis ou la dépendance au cannabis, et l'abus d'autres drogues ou la dépendance à d'autres drogues. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
Note: La population autochtone comprend les répondants qui ont déclaré être des Premières Nations (Indiens inscrits et non inscrits), Métis ou Inuits. Exclut les Autochtones vivant dans les territoires, les réserves ou autres établissements autochtones. Les estimations pour la population autochtone ont été normalisées selon l'âge et le revenu par rapport à la population non autochtone. Exclut les répondants pour lesquels aucun trouble mental ou lié à l'utilisation de substances n'a été déclaré au cours des 12 mois précédents et pour lesquels le statut d'Autochtone ne s'appliquait pas ou était indéterminé.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Lorsqu'on examine les troubles liés à l'utilisation de substances seulement, on remarque qu'une proportion nettement plus élevée d'Autochtones que de non-Autochtones présentaient un tel trouble (6,3 % et 3,9 % respectivement)[14]. Même si les troubles mentaux étaient un peu plus répandus parmi la population autochtone (7,1 %[E]) que parmi la population non autochtone (5,9 %), ces différences n'ont pas été jugées significatives.

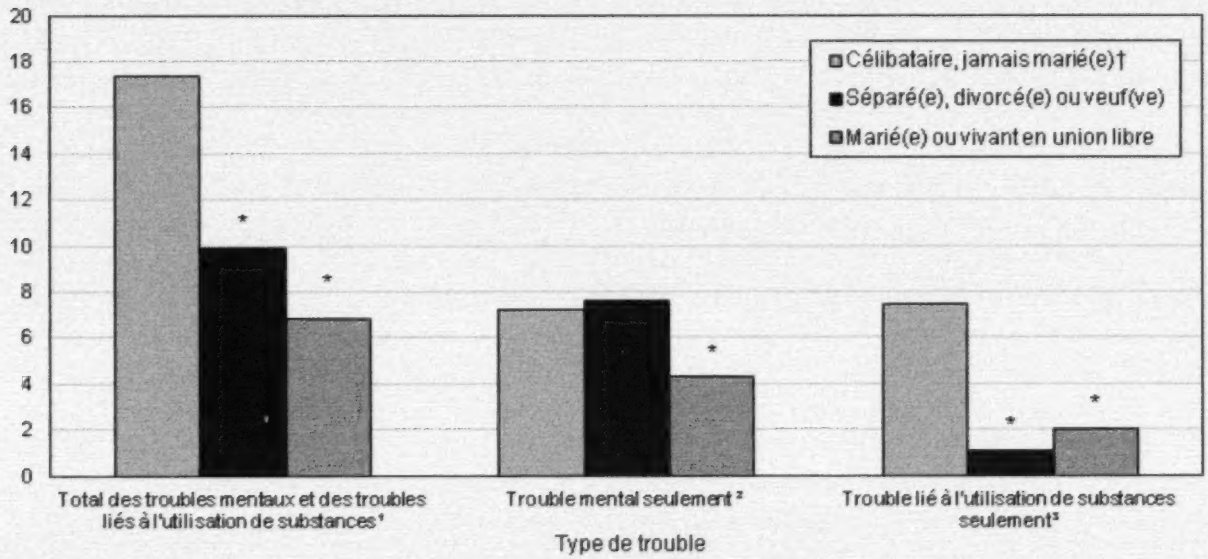
Comme il a déjà été mentionné, les troubles étaient plus répandus parmi les personnes les plus jeunes et celles dont le revenu annuel du ménage était le plus faible. Des recherches antérieures ont révélé que la population autochtone canadienne a tendance à être plus jeune et à afficher un revenu annuel du ménage inférieur à celui des Canadiens non autochtones (Gionet et Roshanafshar, 2013; Statistique Canada, 2011). On peut donc présumer que ces deux facteurs peuvent expliquer la plus grande prévalence des troubles chez la population autochtone que chez la population non autochtone.

Cependant, même lorsque l'on tient compte de ces éléments et que l'on procède à la normalisation selon l'âge et le revenu de la population autochtone par rapport à la population non autochtone, il existe des différences dans la prévalence globale des troubles. Il importe toutefois de se rappeler que les données de l'ESCC — SM sur les Autochtones excluent les Autochtones vivant dans les territoires, les réserves ou autres établissements autochtones, comme cette enquête ne permettait pas de recueillir de données à ces endroits.

Les Canadiens célibataires affichent une prévalence plus élevée de troubles

De façon générale, les personnes qui ont déclaré être célibataires (jamais mariées) présentaient un taux plus élevé de troubles que les personnes mariées ou vivant en union libre et que les personnes séparées, divorcées ou veuves. En 2012, 17,3 % des Canadiens qui étaient célibataires (jamais mariés) présentaient un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances, comparativement à 9,9 % des personnes qui ont déclaré être séparées, divorcées ou veuves et à 6,9 % de celles qui étaient mariées ou qui vivaient en union libre (tableau 3, graphique 5). Toutefois, lorsque l'on tient compte des troubles mentaux seulement, on remarque que la prévalence demeurait la plus faible chez les personnes mariées ou vivant en union libre (4,3 %), une proportion qui était presque égale à celle observée chez les personnes célibataires (jamais mariées) et chez celles qui étaient séparées, divorcées ou veuves (7,2 % et 7,6 % respectivement).

Graphique 5
Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au cours des 12 mois précédents, selon l'état matrimonial, Canada, 2012



† catégorie de référence

* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)

1. Le « Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances » comprend les troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, et inclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
2. Les troubles mentaux comprennent la dépression, le trouble bipolaire et le trouble d'anxiété généralisée. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
3. Les troubles liés à l'utilisation de substances comprennent l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, l'abus de cannabis ou la dépendance au cannabis, et l'abus d'autres drogues ou la dépendance à d'autres drogues. Ils excluent les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.

Note: Exclut les répondants pour lesquels aucun trouble mental ou lié à l'utilisation de substances n'a été déclaré au cours des 12 mois précédents ainsi que les répondants dont l'état matrimonial était inconnu ou indéterminé et ceux ayant refusé de déclarer cette information.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

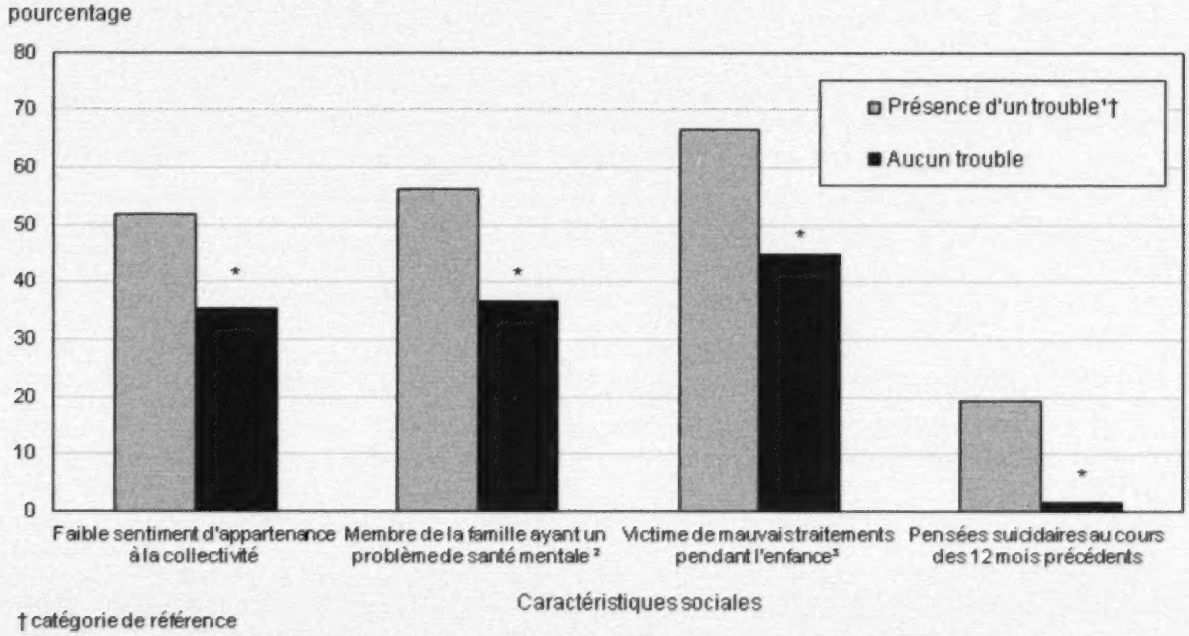
Bien qu'une plus grande prévalence de troubles généraux chez les Canadiens célibataires (jamais mariés) puisse être attribuable au fait que les troubles étaient aussi plus répandus chez les personnes de 15 à 24 ans — une population moins susceptible d'être mariée, de vivre en union libre ou d'être divorcée, séparée ou veuve —, cette fréquence demeurait même lorsqu'on excluait de l'analyse les personnes de 15 à 24 ans.

Les personnes atteintes d'un trouble sont plus susceptibles de compter un membre de la famille aux prises avec un problème de santé mentale ou de ressentir un faible sentiment d'appartenance à leur collectivité

En plus de diverses caractéristiques démographiques qui sont associées aux troubles, certains facteurs sociaux semblent également être plus répandus chez les personnes atteintes d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances. Par exemple, les résultats de l'ESCC — SM de 2012 ont révélé que de faibles relations avec la collectivité ou le fait d'avoir un membre de la famille aux prises avec un problème de santé mentale étaient plus répandus chez les personnes atteintes d'un trouble que chez les autres.

Un faible sentiment d'appartenance à sa collectivité a précédemment été reconnu comme un facteur contribuant aux troubles, en ce sens que lorsqu'une personne se sent coupée de sa collectivité, les symptômes des troubles peuvent être accentués (Fone et autres, 2007). Selon les résultats de l'ESCC — SM de 2012, plus de la moitié (51,9 %) des Canadiens atteints d'un trouble ont déclaré un faible sentiment d'appartenance à leur collectivité, comparativement à un peu plus du tiers (35,3 %) des Canadiens ne présentant aucun trouble (graphique 6).

Graphique 6
Certaines caractéristiques sociales, selon la présence ou non d'un trouble au cours des 12 mois précédents, Canada, 2012



† catégorie de référence

* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)

1. Comprend les répondants qui satisfaisaient aux critères d'au moins un des troubles suivants au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues.
2. Un membre de la famille ayant un problème de santé mentale pourrait comprendre : un conjoint ou partenaire, les enfants, les parents, les beaux-parents, les grands-parents, les frères et sœurs, les cousins et cousines, les oncles et tantes, ainsi que les neveux et nièces.
3. Fondé sur les répondants âgés de 18 ans et plus. Les mauvais traitements pendant l'enfance, mesurés dans le cadre de l'enquête, désignent le fait de subir au moins un des traitements suivants au moins une fois avant l'âge de 16 ans : voir ou entendre un parent frapper un autre adulte à la maison; être giflé ou frappé par un adulte ou recevoir la fessée; être poussé, empoigné ou bousculé par un adulte; être attaqué physiquement (p. ex. recevoir des coups de pied ou être mordu, frappé, étranglé ou brûlé) par un adulte; être touché par un adulte contre son gré; être forcé par un adulte de se livrer à une activité sexuelle non désirée.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

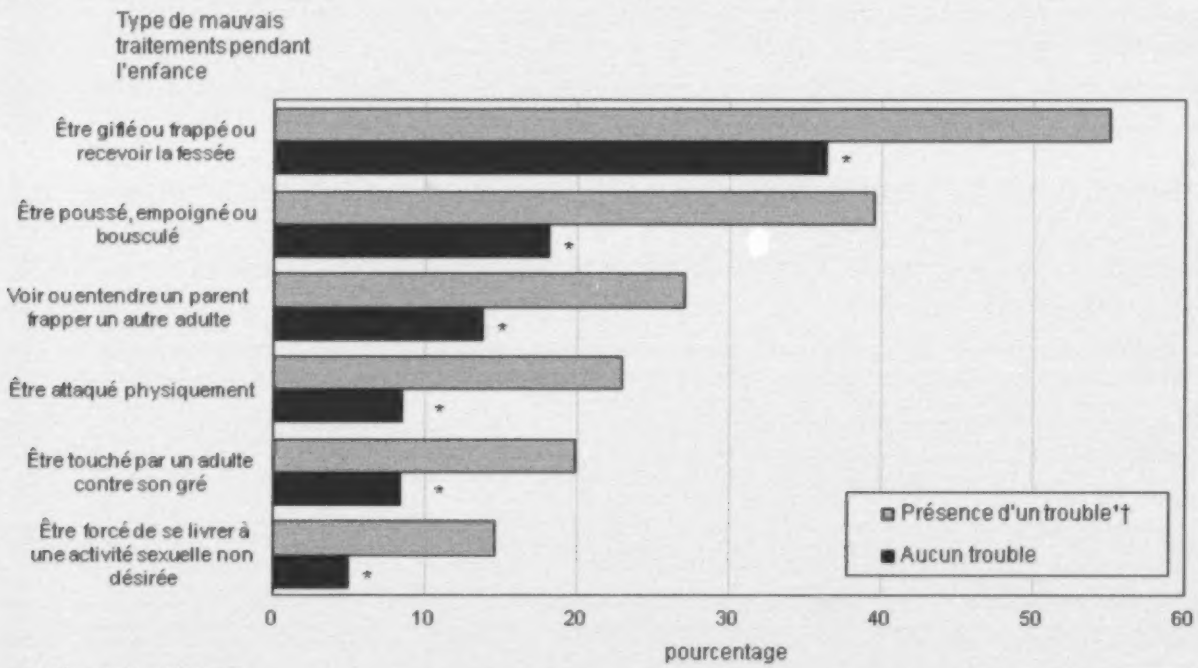
Des recherches antérieures ont aussi révélé des liens entre les antécédents familiaux de santé mentale et la probabilité d'éprouver certains types de troubles mentaux (Olino et autres, 2008; Steinhausen et autres, 2009; Rapee, 2012). Dans l'ensemble, une proportion plus élevée de Canadiens atteints d'un trouble ont déclaré avoir un membre de la famille[15] aux prises avec des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances, comparativement aux Canadiens ne présentant aucun trouble (56,3 % et 36,6 % respectivement) (graphique 6).

Les mauvais traitements pendant l'enfance sont plus répandus chez les personnes atteintes d'un trouble

Les mauvais traitements ou la violence subis pendant l'enfance ont également été associés à de faibles résultats en matière de santé mentale (Afifi et autres, 2014; Institut canadien d'information sur la santé, 2008; Reichert et Flannery-Schroeder, 2014). Comme le montrent d'autres recherches, les données de l'ESCC — SM de 2012 ont révélé que les mauvais traitements pendant l'enfance étaient plus répandus chez les personnes atteintes d'un trouble que chez celles n'ayant aucun trouble[16]. Plus précisément, 66,5 % des Canadiens de 18 ans et plus présentant un trouble avaient subi au moins une forme de mauvais traitements pendant l'enfance, au moins une fois avant l'âge de 16 ans; cette proportion était nettement plus élevée que celle observée chez les Canadiens de 18 ans et plus n'ayant aucun trouble (44,9 %) (graphique 6).

Peu importe la forme de mauvais traitement pendant l'enfance, les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble étaient proportionnellement plus nombreux à avoir subi des mauvais traitements, particulièrement dans les cas de ce qui pourrait être les formes de mauvais traitements considérées comme les plus graves (graphique 7). Par exemple, le pourcentage de personnes ayant été attaquées physiquement (p. ex. ont reçu des coups de pied ou ont été mordues, frappées, étranglées ou brûlées) et le pourcentage de personnes ayant été forcées de se livrer à une activité sexuelle non désirée étaient près de trois fois plus élevés chez les personnes atteintes d'un trouble (22,9 % et 14,5 % respectivement) que chez celles ne présentant aucun trouble (8,4 % et 5,0 % respectivement).

Graphique 7
Certains types de mauvais traitements vécus pendant l'enfance avant l'âge de 16 ans, selon la présence ou non d'un trouble au cours des 12 mois précédents, Canada, 2012



† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
1. Comprend les répondants qui satisfaisaient aux critères d'au moins un des troubles suivants au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues.
Note : Fondé sur les répondants âgés de 18 ans et plus. Les totaux ne correspondent pas à 100, car les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Cela signifie que certains répondants ont déclaré avoir subi plus d'un type de mauvais traitements pendant l'enfance, au moins une fois, avant l'âge de 16 ans.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Par ailleurs, les personnes atteintes d'un trouble étaient plus susceptibles que les personnes ne présentant aucun trouble d'avoir subi des mauvais traitements à de multiples reprises. De plus, parmi les personnes qui ont subi de tels traitements avant l'âge de 16 ans, celles atteintes d'un trouble étaient proportionnellement trois fois plus nombreuses que les autres à avoir subi les six formes de mauvais traitements.

Les pensées suicidaires sont plus courantes chez les personnes présentant un trouble

On peut s'attendre à un taux plus élevé de pensées suicidaires chez les personnes atteintes d'un trouble que chez les autres en raison du fait que certains critères requis pour recevoir un diagnostic de trouble mental comprennent une intention suicidaire (American Psychiatric Association, 2013). Cela dit, les Canadiens atteints d'un trouble étaient près de 10 fois plus susceptibles d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête que ceux ne présentant aucun trouble (19,2 % et 1,6 % respectivement) (graphique 6). En outre, parmi les Canadiens qui ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédents, les personnes atteintes d'un trouble étaient environ deux fois plus susceptibles de déclarer avoir planifié une tentative de suicide que les personnes n'ayant aucun trouble.

Lorsque l'on tient compte de l'utilisation de certains services de santé, selon les résultats de l'ESCC — SM de 2012, 35,8 % des personnes atteintes d'un trouble ont déclaré prendre des médicaments pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Une plus faible proportion de Canadiens atteints d'un trouble ont déclaré avoir été hospitalisés pour une nuit ou plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances (4,1 %).

Un Canadien sur trois atteint d'un trouble a déclaré être entré en contact avec la police

La majorité des personnes atteintes d'un trouble mental ne commettent pas d'actes criminels et bon nombre d'entre elles n'entrent pas en contact avec la police. Cependant, des études antérieures laissent entendre que les contacts avec la police sont relativement plus courants au sein de cette population (Brink et autres, 2011). Ces contacts ne sont pas nécessairement de nature criminelle et peuvent être complexes, résultant souvent de facteurs sociaux et systémiques comme l'itinérance et la pauvreté, les faibles liens sociaux ou un manque de services de santé communautaires (Brink et autres, 2011).

Selon les données de l'ESCC — SM de 2012, environ 950 000 Canadiens (34,4 %) présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances ont déclaré au moins une raison pour être entrés en contact avec la police. Dans l'ensemble, cette proportion représentait le double de celle observée chez les personnes n'ayant aucun trouble, parmi lesquelles 16,7 % ont déclaré au moins une raison pour être entrées en contact avec la police.

Par ailleurs, d'une perspective policière, les résultats de l'ESCC — SM de 2012 ont révélé que, parmi les 5 millions de Canadiens ayant déclaré être entrés en contact avec la police, environ 1 sur 5 (18,8 % ou 950 000 personnes) répondait aussi aux critères associés à l'un des six troubles mentaux ou troubles liés à l'utilisation de substances mesurés dans le cadre de l'enquête. Même si l'ESCC — SM de 2012 n'examinait que certaines raisons pour être entré en contact avec la police ainsi que certains troubles, il est intéressant de constater que ces chiffres sont semblables aux estimations fournies par le Service de police de Vancouver (encadré 3). Ces types de contacts sont importants pour la police, car les besoins des personnes atteintes d'un trouble mental peuvent être uniques et exiger des policiers qu'ils utilisent des tactiques différentes de celles qu'ils emploieraient dans une situation d'urgence typique. En fait, il a été suggéré que l'utilisation de mesures d'intervention traditionnelles lorsqu'ils entrent en contact avec une personne présentant un trouble mental pourrait aggraver la situation jusqu'au point d'entraîner un risque de blessure ou de mort pour le policier, le public ou, souvent, la personne en crise (Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B., 2005).

Encadré 3
Mesurer la portée des interactions de la police avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale au moyen d'études menées par certains services de police

En 2014, un rapport publié par la Chambre des communes sur les paramètres économiques des services de police révélait que la majorité des appels de service reçus par la police ne sont pas liés à la criminalité et que le nombre d'appels liés à la santé mentale est à la hausse (Comité permanent de la sécurité publique et nationale, 2014). Cependant, il demeure difficile de déterminer le pourcentage exact d'appels de service liés à la santé mentale en raison du manque de statistiques uniformes sur la santé mentale et les contacts avec la police.

Même s'il n'existe aucun cadre ni aucune ligne directrice normalisés à l'échelle nationale pour déclarer les contacts avec la police qui mettent en cause des personnes ayant des problèmes de santé mentale, certains services de police ont commencé à publier des chiffres pour leur territoire sur ce sujet. Une bonne partie de ces données ne sont pas comparables d'un service de police à l'autre en raison des différentes méthodologies de saisie de données mises en œuvre par chaque service de police. Toutefois, les études menées par les services de police laissent entendre une hausse du nombre de contacts avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Une étude, fondée sur les données recueillies auprès de 25 services de police en Ontario, a révélé que le taux d'appels de service liés à la santé mentale est passé de 287 pour 100 000 habitants en 2003 à 397 pour 100 000 habitants en 2007 (Durbin, Lin et Zaslavska, 2010). Une autre étude a indiqué qu'en 2013, pour le Service de police de Toronto, plus de 1 appel sur 50 acheminé à un policier concernait une personne en crise, alors qu'environ 1 appel sur 100 se soldait par une appréhension en vertu de la *Loi sur la santé mentale* (Iacobucci, 2014). À Guelph, les appels de service principalement liés à un trouble de santé mentale ont augmenté de 39 % pour le Service de police de Guelph entre 2012 et 2013, tandis que le volume global d'appels de service a diminué de 6 % au cours de cette période (Service de police de Guelph, 2013).

Le Service de police de Vancouver a déclaré que les personnes ayant des problèmes de santé mentale étaient à l'origine de 21 % des incidents traités par les policiers et que, de 2010 à 2012, les appréhensions effectuées en vertu de la *Loi sur la santé mentale* avaient augmenté de 16 % (Service de police de Vancouver, 2013). Le Service de police de London a observé que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale entraient en contact avec la police de trois à cinq fois plus souvent chaque année que les personnes ne présentant aucun trouble mental. Les coûts associés aux contacts entre la police et les personnes atteintes de troubles mentaux semblent augmenter de façon similaire; le Service de police de London a déclaré une hausse de 134 % de ces coûts pour la période allant de 2000 à 2011 (Heslop, Stitt et Hoch, 2011).

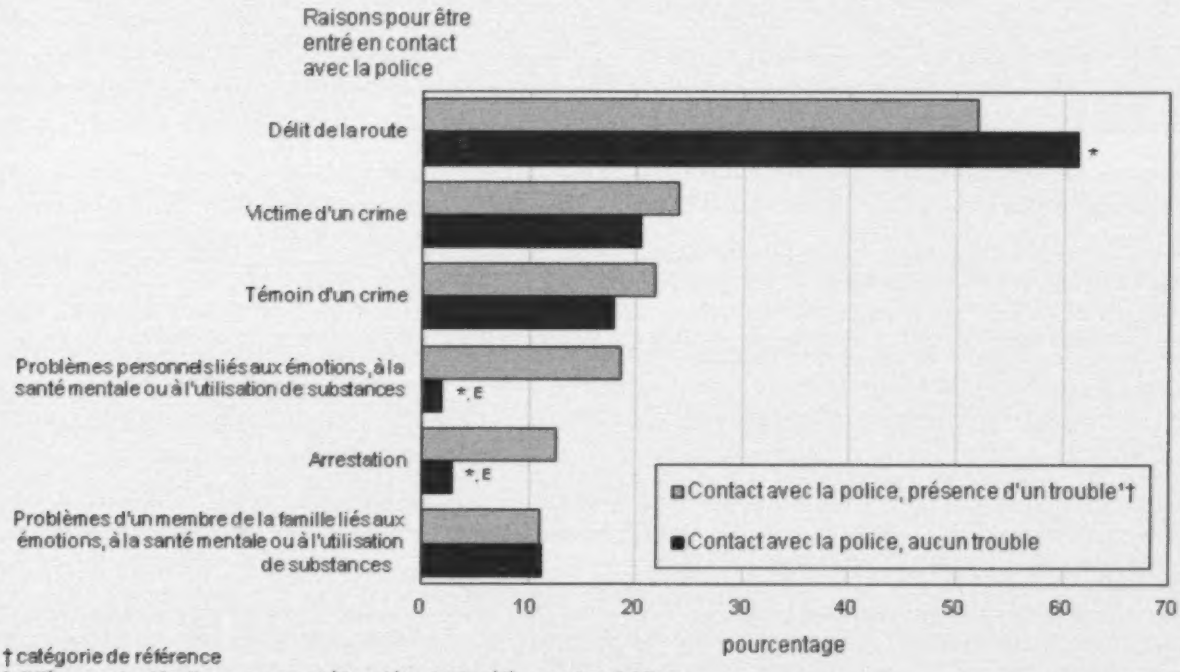
Ces constatations faites par certains services de police canadiens soulignent le besoin d'adopter des mesures de déclaration uniformes afin de bien répertorier la demande croissante envers les policiers à titre de premiers intervenants auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Bon nombre de services de police au pays ont mis en œuvre des initiatives uniques pour répondre aux appels liés à la santé mentale. Par exemple, certains services emploient des équipes de professionnels de la santé et des policiers pour répondre aux appels portant sur une situation de crise en santé mentale (Service de police de Vancouver, 2013; Service de police de Hamilton, 2013). En outre, certains services de police réunissent des organismes de santé et de services sociaux pour discuter des situations liées aux soins et aux services de santé mentale (Service de police régional de Waterloo, 2014; Service de police de Vancouver, 2013).

Les arrestations sont plus fréquentes chez les personnes présentant un trouble que chez celles n'ayant aucun trouble

Comme les données de l'ESCC — SM de 2012 ont révélé qu'environ 1 Canadien sur 5 (18,8 %) ayant déclaré au moins une raison pour être entré en contact avec la police présentait également un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances, il est important de comprendre comment ces contacts diffèrent de ceux avec des personnes ne présentant aucun trouble.

Parmi les personnes qui sont entrées en contact avec la police, la principale différence quant aux raisons du contact entre les personnes atteintes d'un trouble et celles ne présentant aucun trouble était, comme on peut s'y attendre, directement liée à la santé mentale et à l'utilisation de substances. Ainsi, parmi les personnes qui sont entrées en contact avec la police, environ 1 personne sur 5 (18,7 %) atteinte d'un trouble l'a fait en raison de ses problèmes personnels liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances, une proportion nettement plus élevée que celle observée chez les personnes ne présentant aucun trouble (1,9 %[E]) (graphique 8).

Graphique 8
Raisons pour être entré en contact avec la police, selon la présence ou non d'un trouble au cours des 12 mois précédents, Canada, 2012



† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
E à utiliser avec prudence (ces données comportent un coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %)
1. Comprend les répondants qui satisfaisaient aux critères d'au moins un des troubles suivants au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues.
Note : Fondé sur les répondants qui ont déclaré être entrés en contact avec la police au moins une fois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les totaux ne correspondent pas à 100 comme les catégories ne sont pas mutuellement exclusives, ce qui signifie que certains répondants ont déclaré plus d'une raison pour être entrés en contact avec la police. Exclut les types de contacts avec la police suivants : séances d'information publique, raisons liées au travail, accidents et autres raisons.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Parmi les Canadiens qui sont entrés en contact avec la police, les personnes atteintes d'un trouble étaient plus susceptibles d'avoir fait l'objet d'une arrestation. Plus précisément, les personnes atteintes d'un trouble étaient environ quatre fois plus susceptibles de déclarer avoir été arrêtées que celles ne présentant aucun trouble (12,5 % et 2,8 %[E] respectivement). Des recherches antérieures ont révélé que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale qui sont soupçonnées d'avoir commis des crimes moins graves sont plus susceptibles que les autres d'être arrêtées (Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B., 2003; Heslop, Stitt et Hoch, 2011).

Des études antérieures ont souligné que les personnes atteintes d'un trouble sont plus susceptibles d'être victimisées que les personnes ne présentant aucun trouble (Service de police de Vancouver, 2013; Gur, 2010; Teplin et autres, 2005). Même si les résultats de l'ESCC — SM de 2012 ont révélé qu'une proportion plus élevée de personnes étant entrées en contact avec la police et présentant également un trouble ont été victimisées (24,0 %) comparativement aux personnes n'ayant aucun trouble (20,5 %), ces différences n'ont pas été jugées statistiquement significatives. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par le fait que certaines populations affichant des taux de victimisation élevés, notamment les sans-abri, n'ont pas été prises en compte dans cette enquête.

Si l'on considère qu'une plus forte proportion de personnes atteintes d'un trouble comptaient un membre de la famille ayant un problème de santé mentale, il est intéressant de noter que, parmi les personnes qui sont entrées en contact avec la police, il n'y avait pratiquement aucune différence entre les personnes atteintes d'un trouble et celles ne présentant aucun trouble qui ont déclaré être entrées en contact avec la police en raison des problèmes d'un membre de la famille liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances (11,1 % et 11,2 % respectivement).

Dans l'ensemble, parmi les Canadiens qui sont entrés en contact avec la police, la majorité l'a fait en raison d'un délit de la route, peu importe qu'ils aient été atteints ou non d'un trouble.

Alors que la majorité des Canadiens qui sont entrés en contact avec la police l'ont fait pour une seule raison (84,3 %), 15,7 % ont déclaré plus d'une raison de l'avoir fait. Si l'on considère les personnes qui sont entrées en contact avec la police, une proportion nettement plus élevée de personnes atteintes d'un trouble que de personnes ne présentant aucun trouble ont déclaré plus d'une raison pour être entrées en contact avec la police (30,6 % par rapport à 12,2 %).

Encadré 4
Auteurs présumés d'homicide chez qui l'on soupçonnait des troubles mentaux ou du développement

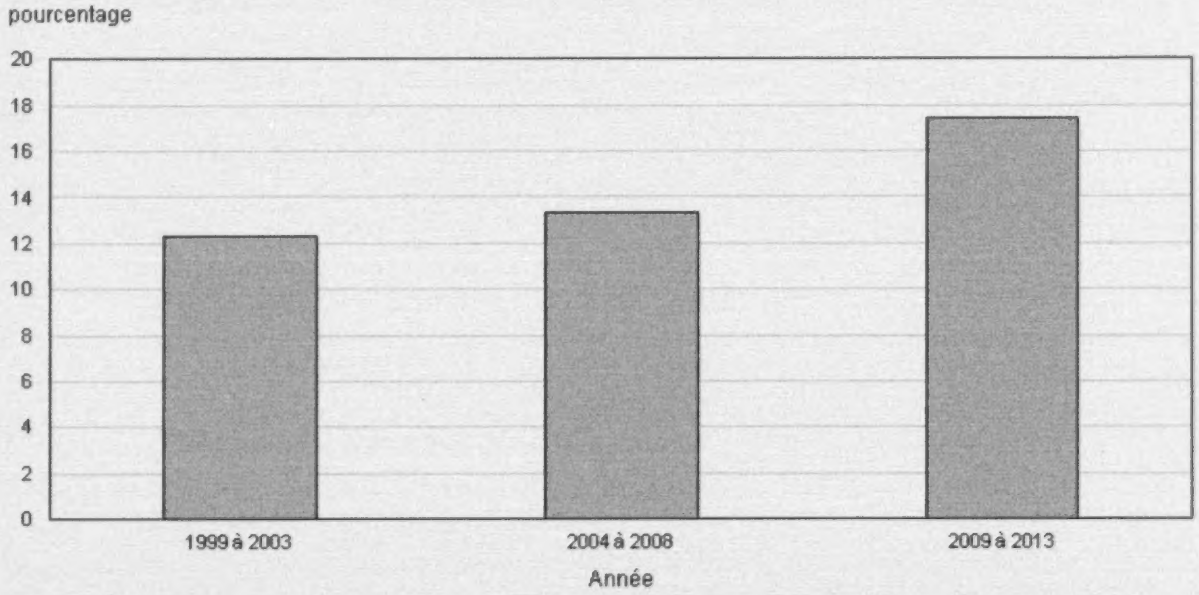
Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (ESCC — SM) de 2012 offrent un point de départ au sujet de la santé mentale et des contacts avec la police. Cependant, comme c'était la première fois que l'on interrogeait les Canadiens dans le cadre de l'enquête au sujet de leurs contacts avec la police, il n'est pas possible d'établir une tendance au fil du temps (voir l'encadré 3) ni obtenir de renseignements sur le rôle des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances dans certains types d'infractions.

Depuis 1961, Statistique Canada recueille des données déclarées par la police sur les affaires, les victimes et les auteurs présumés d'homicide dans le cadre de l'Enquête sur les homicides. À compter de 1997, on a commencé à recueillir, au moyen de cette enquête, des renseignements sur la présence soupçonnée de troubles mentaux ou du développement chez les auteurs présumés d'homicide. Il convient de noter que cette information est fondée sur la perception de l'agent enquêteur et ne repose pas nécessairement sur un diagnostic médical ou clinique.

En 2013, la police soupçonnait la présence d'un trouble mental ou du développement chez 75 auteurs présumés d'homicide[17], ce qui représente environ 1 auteur présumé sur 5 (19,1 %)[18]. Même si le nombre d'homicides diminue de façon générale depuis le sommet atteint au cours des années 1990, les homicides impliquant un auteur présumé qui était soupçonné de présenter un trouble mental ou du développement sont devenus plus fréquents. Dans l'ensemble, le nombre et la proportion d'auteurs présumés d'homicide qui étaient soupçonnés de présenter un trouble mental ou du développement ont augmenté durant chaque période de cinq ans depuis 1999 (graphique 9).

Encadré 4 suite
Auteurs présumés d'homicide chez qui l'on soupçonnait des troubles mentaux ou du développement

Graphique 9
Pourcentage d'auteurs présumés d'homicide chez qui l'on soupçonnait des troubles mentaux ou du développement, Canada, 1999 à 2013



Note: Exclut les auteurs présumés d'homicide pour lesquels l'information relative aux troubles mentaux ou du développement soupçonnés était inconnue. Cette information est fondée sur la perception du policier menant l'enquête et ne reflète pas nécessairement un diagnostic médical ou clinique. Les troubles mentaux ou du développement soupçonnés peuvent comprendre les troubles suivants : schizophrénie, dépression, syndrome d'alcoolisation fœtale, démence, maladies psychotiques et névrotiques ou tendances sociopathiques.
Source : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Enquête sur les homicides.

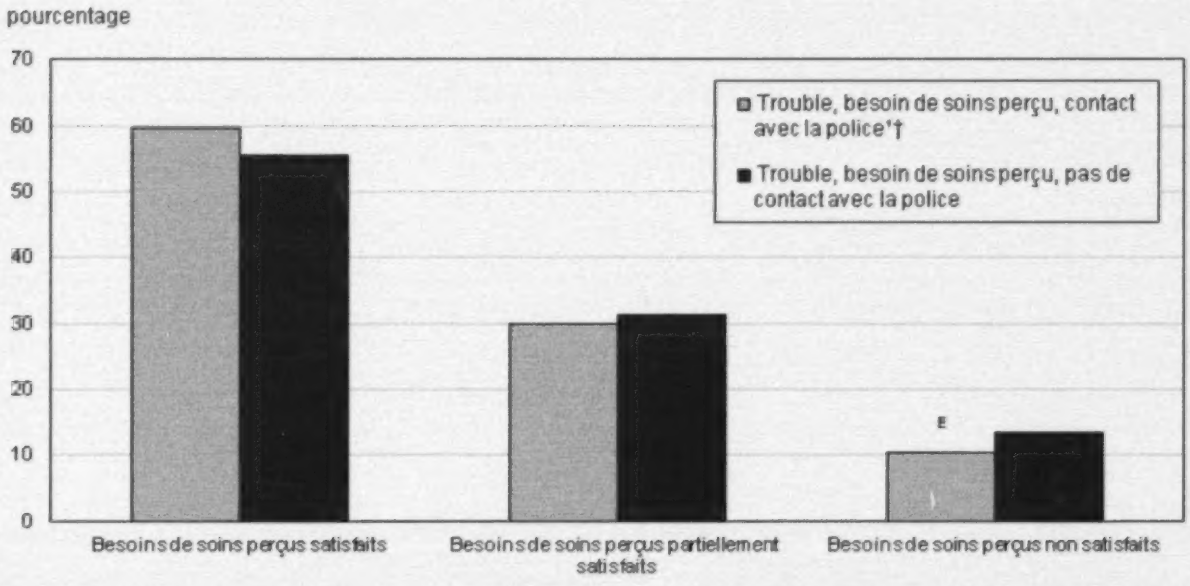
Comme les auteurs présumés d'homicide en général, la majorité des auteurs présumés d'homicide chez qui l'on soupçonnait un trouble mental ou du développement en 2013 étaient des hommes (82,7 %). Cependant, on observe une différence importante pour ce qui est de l'âge entre les auteurs présumés d'homicide chez qui l'on soupçonnait un trouble mental ou du développement et ceux ne présentant aucun trouble mental. Dans l'ensemble, les auteurs présumés d'homicide, et de crimes en général, ont tendance à être relativement jeunes (Cotter, 2014; Brennan, 2012). Toutefois, parmi les auteurs présumés d'homicide chez qui l'on soupçonnait un trouble mental ou du développement, le groupe d'âge comptant le plus fort pourcentage de personnes atteintes d'un trouble mental ou du développement soupçonné correspondait aux auteurs présumés âgés de 65 ans et plus (40,0 %)[19].

Environ 6 Canadiens sur 10 atteints d'un trouble considéraient avoir besoin de soins

Étant donné la proportion de personnes atteintes d'un trouble qui sont entrées en contact avec la police, il importe de savoir si ces personnes ont reçu les services de santé dont elles estimaient avoir besoin pour gérer leurs troubles mentaux ou leurs troubles liés à l'utilisation de substances.

Selon les résultats de l'ESCC — SM de 2012, environ 6 personnes sur 10 (61,7 %) parmi celles atteintes d'un trouble qui sont entrées en contact avec la police considéraient avoir besoin d'aide pour gérer des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances[20]. Parmi les personnes atteintes d'un trouble qui estimaient avoir besoin d'aide et qui sont entrées en contact avec la police, 6 sur 10 (59,7 %) jugeaient que leur besoin avait été satisfait, tandis que les autres jugeaient que leur besoin avait seulement été partiellement satisfait (29,8 %) ou n'avait pas été satisfait du tout (10,5 %[E]) (graphique 10). Lorsque l'on compare ces résultats à ceux des personnes atteintes d'un trouble et ayant un besoin d'aide perçu, mais qui ne sont pas entrées en contact avec la police, on observe peu de différences[21].

Graphique 10
État des besoins de soins perçus chez les personnes atteintes d'un trouble qui estimaient avoir besoin de soins, selon qu'elles sont entrées ou non en contact avec la police au cours des 12 mois précédents, Canada, 2012



† catégorie de référence

E à utiliser avec prudence (ces données comportent un coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %)

1. Comprend les répondants qui sont entrés en contact avec la police au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête pour au moins l'une des raisons suivantes : les délits de la route, être victime d'un crime, être témoin d'un crime, une arrestation, les problèmes personnels liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances, et les problèmes d'un membre de la famille liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances.

Note : Fondé sur les répondants atteints d'un trouble qui estimaient avoir besoin de soins en raison de problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances. Les répondants atteints d'un trouble comprennent ceux qui satisfaisaient aux critères d'au moins un des troubles suivants au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues. Le besoin de soins perçu repose sur quatre types d'aide : 1) l'information sur les problèmes, les traitements ou les services disponibles; 2) la médication; 3) le counselling, la thérapie ou l'aide concernant les relations personnelles; 4) les autres types d'aide.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Dans l'ensemble, parmi les personnes atteintes d'un trouble qui considéraient avoir besoin d'aide et qui sont entrées en contact avec la police, un peu plus des trois quarts (76,9 %) ont eu accès à des services professionnels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (tableau 4)[22]. Même si une personne estimait avoir besoin d'aide et avait eu accès à des services professionnels, cela ne veut pas nécessairement dire que ses besoins ont été entièrement satisfaits.

Lorsqu'on examine les types de services professionnels utilisés par les personnes atteintes d'un trouble qui estimaient avoir besoin de soins, on remarque peu de différences entre les personnes qui sont entrées en contact avec la police et celles qui ne l'ont pas fait (tableau 4). Il existe toutefois une exception, soit le fait qu'un pourcentage nettement plus élevé de personnes atteintes d'un trouble qui considéraient avoir besoin de soins, et qui sont également entrées en contact avec la police, ont déclaré avoir été hospitalisées pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'en vertu de certaines lois provinciales en matière de santé mentale, les policiers sont en mesure de faire hospitaliser une personne s'ils croient qu'elle représente un danger pour elle-même ou pour la société. Il est important de noter, cependant, que l'enquête ne permet pas de déterminer si c'est l'hospitalisation ou le contact avec la police qui est survenu en premier.

Les personnes atteintes d'un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances et celles qui estimaient avoir besoin d'aide affichent une probabilité accrue d'entrer en contact avec la police, même après avoir pris en compte d'autres facteurs

Même si les données de l'ESCC — SM de 2012 ont révélé qu'une proportion plus élevée de personnes atteintes d'un trouble que de personnes ne présentant aucun trouble sont entrées en contact avec la police, cela ne signifie pas nécessairement que le trouble était à l'origine du contact avec la police. Plusieurs autres facteurs peuvent expliquer en partie le contact avec la police. Par exemple, on a observé que les troubles étaient plus courants chez les jeunes et les personnes célibataires, des facteurs qui sont aussi couramment associés aux contacts avec la police.

Pour aider à démêler le lien qui existe entre les troubles et les contacts avec la police, une analyse plus détaillée a été effectuée, dans laquelle on tenait compte de plusieurs facteurs démographiques et socioéconomiques. Cette analyse approfondie a démontré que la présence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances était associée à une probabilité accrue d'entrer en contact avec la police, même lorsqu'on tenait compte du sexe, de l'âge, de l'appartenance à la population autochtone, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de l'état matrimonial (voir l'Annexe — tableau A pour obtenir les résultats).

En outre, les personnes qui considéraient avoir besoin d'aide pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances étaient aussi plus susceptibles d'entrer en contact avec la police, que ce besoin ait été satisfait (non présenté, RCC = 1,3, IC de 95 % : 1,1-1,6) ou partiellement satisfait ou non satisfait (non présenté, RCC = 1,4, IC de 95 % : 1,1-1,8). Ce lien entre un besoin de soins perçu et la probabilité accrue d'entrer en contact avec la police était présent lorsqu'on tenait compte des troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, et de certaines autres caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

Résumé

Au total, les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances touchaient 1 personne sur 10, ou environ 2,8 millions de Canadiens de 15 ans et plus en 2012. Même si les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances peuvent toucher tous les Canadiens, ils étaient plus fréquents dans certains segments de la population. Par exemple, des proportions plus élevées de troubles ont été observées chez les jeunes Canadiens, les personnes touchant un faible revenu, les Autochtones et les personnes célibataires et jamais mariées.

De plus, les mauvais traitements pendant l'enfance — tant la fréquence que la gravité — avaient tendance à être plus fréquents chez les personnes atteintes d'un trouble que chez celles n'ayant aucun trouble. Les personnes atteintes d'un trouble étaient aussi plus susceptibles d'éprouver un faible sentiment d'appartenance à leur collectivité, d'avoir un membre de la famille ayant un problème de santé mentale et d'avoir des pensées suicidaires que les personnes ne présentant aucun trouble.

Cette population de Canadiens atteints de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances présente un intérêt particulier pour les services de police, car 1 Canadien sur 5 ayant déclaré être entré en contact avec la police au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête répondaient également aux critères d'un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances. Les personnes atteintes d'un trouble étaient plus susceptibles que celles ne présentant aucun trouble de déclarer comme la raison de ce contact avec la police des problèmes personnels liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances ainsi qu'une arrestation. En outre, la proportion de personnes ayant déclaré de multiples raisons pour être entrées en contact avec la police était plus élevée chez les personnes atteintes d'un trouble que chez celles n'ayant aucun trouble.

Description des enquêtes

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (ESCC — SM) de 2012, une enquête transversale, fournit des estimations nationales des principaux troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances. L'échantillon de l'enquête était composé de la population à domicile âgée de 15 ans et plus dans les 10 provinces. En étaient exclus les personnes vivant dans les réserves ou autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant en établissement. Le taux de réponse a été de 68,9 %, ce qui a produit un échantillon de 25 113 personnes représentatif de 28,3 millions de Canadiens.

Pour obtenir plus de renseignements sur l'ESCC — SM de 2012, veuillez consulter le site suivant : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015

Enquête sur les homicides

L'Enquête sur les homicides permet de recueillir des données auprès de la police sur les caractéristiques de l'ensemble des affaires, des victimes et des auteurs présumés d'homicide au Canada. Dans le cadre de cette enquête, on a commencé à recueillir des renseignements sur l'ensemble des meurtres en 1961, puis le champ de l'enquête s'est élargi en 1974 afin d'inclure les affaires d'infanticide et d'homicide involontaire coupable. Les caractéristiques de ces affaires ne sont pas disponibles pour les années antérieures à 1974, mais des chiffres tirés du Programme de déclaration uniforme de la criminalité le sont, et ils sont pris en compte dans les totaux historiques globaux.

Lorsque la police prend connaissance d'un homicide, le service de police qui mène l'enquête remplit les questionnaires de l'Enquête sur les homicides, puis les envoie à Statistique Canada. Certains homicides sont portés à l'attention de la police des mois ou des années après avoir été commis. Ces affaires sont comptabilisées dans l'année au cours de laquelle la police en a été informée. Les renseignements sur les auteurs présumés d'homicide sont disponibles seulement pour les affaires résolues (c.-à-d. celles dans lesquelles au moins un auteur présumé a été identifié). Les caractéristiques des auteurs présumés sont mises à jour à mesure que les affaires d'homicide sont résolues et que de nouveaux renseignements sont envoyés aux responsables de l'Enquête sur les homicides. Les données recueillies au moyen des questionnaires sur la victime et sur l'affaire sont également mises à jour à la suite de la résolution d'une affaire.

Références

AFIFI, Traci O., et autres. 2014. « Child abuse and mental disorders in Canada », *Canadian Medical Association Journal,* vol. 186, n° 9, p. 1 à 9.

American Psychiatric Association. 2013. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* cinquième édition, Washington (district de Columbia).

Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B. 2005. *Police and mental illness: Increased interactions* http://www.cmha.bc.ca/files/policesheets_all.pdf (site consulté le 24 février 2015).

Association canadienne pour la santé mentale, Division de la C.-B. 2003. *Study in blue and grey: Police interventions with people with mental illness.*

Association canadienne pour la santé mentale, Ontario. 2007. *Poverty and Mental Illness* http://ontario.cmha.ca/public_policy/poverty-and-mental-illness/#.VD09Zdm9LCQ (site consulté le 27 janvier 2015).

BRENNAN, Shannon. 2012. « Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2011 », *Juristat,* produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada.

BRINK, Johann, et autres. 2011. *A study of how people with mental illness perceive and interact with the police*, Commission de la santé mentale du Canada http://www.mentalhealthcommission.ca (site consulté le 7 janvier 2015).

CARON, Jean, et Aihua LIU. 2011. « Factors associated with psychological distress in the Canadian population: A comparison of low-income and non-low income sub-groups », *Community Mental Health Journal*, vol. 47, p. 318 à 330.

CHAPPELL, Duncan. 2008. « Policing and emotionally disturbed persons: Disseminating knowledge, removing stigma and enhancing performance », *Australian Journal of Forensic Sciences*, vol. 40, n° 1, p. 37 à 48.

COLEMAN, Terry, et Dorothy COTTON. 2014. *TEMPO : Guide visant l'amélioration des interactions entre les policiers et les personnes aux prises avec un trouble mental* http://www.mentalhealthcommission.ca (site consulté le 10 avril 2015).

Comité permanent de la sécurité publique et nationale. 2014. *Aspects économiques liés aux services de police : Rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale,* Chambre des communes.

COTTER, Adam. 2014. « L'homicide au Canada, 2013 », *Juristat,* produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada.

DURBIN, Janet, Elizabeth LIN et Natalia ZASLAVSKA. 2010. *Impact study, final report: A study of hospital emergency service use, crisis service delivery and police response after mental health system enhancements,* Centre de toxicomanie et de santé mentale.

ECHENBERG, Havi, et Hilary JENSON. 2009. « Facteurs de risque de l'itinérance », *Étude générale*, produit n° PRB 08-51F à la Bibliothèque du Parlement http://www.parl.gc.ca/content/lop/researchpublications/prb0851-e.pdf (site consulté le 24 février 2015).

FISCHER, Sean N., et autres. 2008. « Homelessness, mental illness, and criminal activity: Examining patterns over time », *American Journal of Community Psychology*, vol. 42, p. 251 à 265.

FLEURY, Marie-Josée, et autres. 2011. « Typology of adults diagnosed with mental disorders based on socio-demographics and clinical and service use characteristics », *Bio Med Central Psychiatry*, vol. 11, n° 67, p. 1 à 11.

FONE, David, et autres. 2007. « Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis », *International Journal of Epidemiology*, vol. 36, p. 338 à 345.

GAETZ, Stephen, et autres. 2013. *The State of Homelessness in Canada 2013,* Canadian Homelessness Research Network Press.

GIONET, Linda, et Shirin ROSHANAFSHAR. 2013. « Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits », *Coup d'œil sur la santé*, produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada.

GUR, Oran M. 2010. « Persons with mental illness in the criminal justice system: Police interventions to prevent violence and criminalization », *Journal of Police Crisis Negotiations*, vol. 10, n^{os} 1 et 2, p. 220 à 240.

HESLOP, Lisa, Larry STITT et Jeffrey S. HOCH. 2011. *Trends in police contact with persons with mental illness*, Service de police de London.

HWANG, Stephen W. 2001. « Homelessness and Health », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 2, p. 229 à 233.

IACOBUCCI, Frank. 2014. *Police encounters with people in crisis: An independent review*, Service de police de Toronto.

Institut canadien d'information sur la santé. 2008. *Improving the Health of Canadians: Mental Health, Delinquency and Criminal Activity,* Ottawa.

Institut canadien d'information sur la santé. 2007. *Improving the Health of Canadians: Mental Health and Homelessness,* Ottawa.

KERR, Amy N., Melissa MORABITO et Amy C. WATSON. 2010. « Police encounters, mental illness, and injury: An exploratory investigation », *Journal of Police Crisis Negotiations*, vol. 10, n^{os} 1 et 2, p. 116 à 132.

KESSLER, Ronald, et autres. 2005. « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° X, p. 593 à 602.

LURIGIO, Arthur J., et Amy C. WATSON. 2010. « The police and people with mental illness: New approaches to a longstanding problem », *Journal of Police Crisis Negotiations,* vol. 10, n^{os} 1 et 2, p. 3 à 14.

MACPHAIL, Alison, et Simon VERDUN-JONES. 2013. *Mental illness and the criminal justice system,* Vancouver, Colombie-Britannique, International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.

MARKOWITZ, Fred E. 2011. « Mental illness, crime, and violence: Risk, context and social control », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 16, p. 36 à 44.

NGUYEN, Cat Tuong, et autres. 2005. « Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 10, p. 620 à 628.

OLINO, Thomas M., et autres. 2008. « Influence of parental and grandparental major depressive disorder on behavior problems in early childhood: A three-generation study », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 47, n° 1, p. 53 à 60.

Organisation mondiale de la Santé. 2012. *Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque* http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf (site consulté le 21 janvier 2015).

PEARSON, Caryn, Theresa JANZ et Jennifer ALI. 2013. « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada », *Coup d'œil sur la santé*, produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada.

PEARSON, Caryn, Mark ZAMORSKI et Teresa JANZ. 2014. « Santé mentale dans les Forces armées canadiennes », *Coup d'œil sur la santé*, produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada.

RAPEE, Ronald M. 2012. « Family factors in the development and management of anxiety disorders », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 15, p. 69 à 80.

REICHERT, Elizabeth L., et Ellen FLANNERY-SCHROEDER. 2014. « Posttraumatic cognitions as mediators between childhood maltreatment and poorer mental health among young adults », *Journal of Child & Adolescent Trauma*, vol. 7, n° 3, p. 153 à 162.

SEEDAT, Soraya, et autres. 2009. « Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO world mental health surveys », *Archives of General Psychiatry*, vol. 66, n° 7, p. 785 à 795.

Service de police de Guelph. 2013. *Annual Report 2013* http://www.guelphpolice.ca/en/news-and events/resources/2013_Annual_Report_small.pdf (site consulté le 23 janvier 2015).

Service de police de Hamilton. 2013. *Community Outreach and Support Team*, Hamilton, Ontario.

Service de police de Vancouver. 2013. *Vancouver's mental health crisis: An update report.*

Service de police régional de Waterloo. 2014. *Connectivity: An Opportunity for integrated service delivery*, Waterloo, Ontario http://coasthamilton.ca/?page_id=57 (site consulté le 15 avril 2015).

SINHA, Maire. 2009. *Une recherche sur la faisabilité de recueillir des données sur les adultes et les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale qui ont des démêlés avec le système de justice pénale*, produit n° 85-561-M au catalogue de Statistique Canada, « Série de documents de recherche sur la criminalité et la justice, n° 16.

Statistique Canada. 2013. Guide de l'utilisateur de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale, Ottawa.

Statistique Canada. 2011. *Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits*, Enquête nationale auprès des ménages, produit n° 99-011-X au catalogue.

STEINHAUSEN, Hans-Christoph, et autres. 2009. « Family aggregation of mental disorders in the nationwide Danish three generation study », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 259, p. 270 à 277.

STEWART, Michelle, et Krystal GLOWATSKI. 2014. « Front-line police perceptions of tetal alcohol spectrum disorder in a Canadian province », *Police Journal: Theory, Practice and Principles*, vol. 87, p. 17 à 28.

SUNDERLAND, Adam, et Leanne C. FINDLAY. 2013. « Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (2012) », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 24, n° 9, p. 3 à 9.

TEPLIN, Linda A, et autres. 2005. « Crime victimization in adults with severe mental illness », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 8, p. 911 à 921.

ZEMAN, Klarka, Kathryn MCMULLEN et Patrice DE BROUCKER. 2010. « Le paradoxe du faible revenu de diplômés de l'enseignement supérieur : Les diplômés du collège et de l'université avec de faibles revenus, Ontario, 2006 », *Culture, Tourisme et Centre de la statistique de l'éducation : Documents de recherche*, produit n° 81-595-M au catalogue de Statistique Canada, n° 81.

Notes

1. Pour obtenir plus de renseignements sur la faisabilité de recueillir des données sur les adultes et les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui ont des démêlés avec le système de justice pénale, voir Sinha, 2009.

2. L'abus d'autres drogues ou la dépendance à d'autres drogues peut comprendre tous les autres types de drogues, sauf le cannabis, qui sont inscrites en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances,* de même que les drogues légales utilisées de manière illicite et les drogues légales que le répondant estimait ne pas pouvoir cesser d'utiliser.

3. Pour obtenir des renseignements sur la santé mentale dans les Forces armées canadiennes, voir Pearson, Zamorski et Janz, 2014.

4. Les troubles mentaux ou les troubles liés à l'utilisation de substances étaient déterminés par un algorithme fondé sur les réponses reposant sur le Composite International Diagnostic Interview et ne correspondaient pas à un diagnostic clinique. Les six troubles sélectionnés comprennent les suivants : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues.

5. Dans le présent article de *Juristat,* l'expression « trouble mental ou trouble lié à l'utilisation de substances » désigne la proportion globale de Canadiens présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances, ou les deux. L'expression « trouble mental ou trouble lié à l'utilisation de substances » est utilisée de façon interchangeable avec le terme « trouble » dans le présent article.

6. La catégorie des troubles mentaux exclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.

7. La catégorie des troubles liés à l'utilisation de substances exclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.

8. Les contacts avec la police se rapportent aux raisons suivantes : les délits de la route, le fait d'être victime ou témoin d'un crime, une arrestation, les problèmes personnels liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances, et les problèmes d'un membre de la famille liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances. Les contacts avec la police excluent les raisons suivantes : séances d'information publique, raisons liées au travail, accidents et autres raisons.

9. Aucune différence significative n'a été observée entre les taux de troubles bipolaires des hommes et ceux des femmes.

10. Exclut les comparaisons avec les personnes de 65 ans et plus, puisque les chiffres pour ce groupe d'âge étaient trop peu fiables pour être publiés.

11. Les revenus du ménage n'ont pas été ajustés pour tenir compte de la taille du ménage ni de l'emplacement géographique.

12. Les prestations d'aide sociale comprennent l'assurance-emploi, les indemnités pour accident de travail et les prestations d'aide sociale ou de bien-être provinciales et municipales.

13. Les chiffres reflètent la normalisation selon l'âge et le revenu. L'âge et le revenu de la population autochtone ont été normalisés par rapport à la population non autochtone.

14. Voir la note 13.

15. Un membre de la famille ayant un problème de santé mentale pourrait comprendre : un conjoint ou partenaire, les enfants, les parents, les beaux-parents, les grands-parents, les frères et sœurs, les cousins et cousines, les oncles et tantes, ainsi que les neveux et nièces.

16. Fondé sur les répondants âgés de 18 ans et plus. Les mauvais traitements pendant l'enfance, mesurés dans le cadre de l'enquête, désignent le fait de subir au moins un des traitements suivants au moins une fois avant l'âge de 16 ans : voir ou entendre un parent frapper un autre adulte à la maison; être giflé ou frappé par un adulte ou recevoir la fessée; être poussé, empoigné ou bousculé par un adulte; être attaqué physiquement (p. ex. recevoir des coups de pied ou être mordu, frappé,

étranglé ou brûlé) par un adulte; être touché par un adulte contre son gré; être forcé par un adulte de se livrer à une activité sexuelle non désirée.

17. Les troubles mentaux ou du développement soupçonnés peuvent comprendre les troubles suivants : schizophrénie, dépression, syndrome d'alcoolisation fœtale, démence, maladies psychotiques et névrotiques ou tendances sociopathiques.

18. Exclut les auteurs présumés pour lesquels l'information relative aux troubles mentaux ou du développement soupçonnés était inconnue. En 2013, l'information sur les troubles mentaux ou du développement soupçonnés était inconnue pour 13,3 % des auteurs présumés d'homicide (ou 60 auteurs présumés).

19. Exclut les auteurs présumés âgés de moins de 12 ans qui ne peuvent être tenus criminellement responsables au Canada, ainsi que les auteurs présumés pour lesquels aucun renseignement sur la présence soupçonnée de troubles mentaux ou du développement n'était fourni.

20. Le besoin de soins perçu repose sur quatre types d'aide : 1) l'information sur les problèmes, les traitements ou les services disponibles; 2) la médication; 3) le counselling, la thérapie ou l'aide concernant les relations personnelles; 4) les autres types d'aide.

21. Pour obtenir plus de renseignements sur les besoins perçus en matière de soins de santé mentale au Canada, veuillez consulter Sunderland et Findlay, 2013.

22. L'accès aux services professionnels comprend une consultation avec au moins l'une des personnes suivantes pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête : un médecin de famille ou un omnipraticien, un travailleur social ou un conseiller, un psychiatre, un psychologue ou une infirmière. Les services professionnels comprennent également l'hospitalisation et l'utilisation de la thérapie en ligne.

Tableaux de données détaillés

Tableau 1
Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au cours des 12 mois précédents, selon le sexe, Canada, 2012

	Canadiens de 15 ans et plus					
	Hommes†		Femmes		Total	
Type de trouble	nombre (en milliers)	pourcentage	nombre (en milliers)	pourcentage	nombre (en milliers)	pourcentage
Trouble mental seulement[1]	547	4,1	960	6,9*	1 507	5,5
Dépression	503	3,6	827	5,8*	1 331	4,7
Trouble bipolaire	220	1,6	205	1,4	425	1,5
Trouble d'anxiété généralisée	270	2,0	451	3,2*	722	2,6
Trouble lié à l'utilisation de substances seulement[2]	701	5,2	222	1,6*	923	3,4
Abus d'alcool ou dépendance à l'alcool	644	4,7	242	1,7*	886	3,2
Abus de cannabis ou dépendance au cannabis	268	1,9	101	0,7*	369	1,3
Abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues	117	0,9	77	0,5*	195	0,7
Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances[3]	**1 435**	**10,6**	**1 329**	**9,6**	**2 764**	**10,1**

† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
1. Les troubles mentaux comprennent la dépression, le trouble bipolaire et le trouble d'anxiété généralisée. Toutefois, il n'est pas possible d'établir la prévalence des « troubles mentaux seulement » en faisant la somme de ces trois troubles, car ceux-ci ne s'excluent pas mutuellement. Cela signifie que des personnes peuvent présenter un profil correspondant à un ou à plusieurs de ces troubles. La catégorie des troubles mentaux exclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
2. Les troubles liés à l'utilisation de substances comprennent l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, l'abus de cannabis ou la dépendance au cannabis, et l'abus d'autres drogues ou la dépendance à d'autres drogues. Il n'est pas possible d'établir la prévalence des « troubles liés à l'utilisation de substances seulement » en faisant la somme de ces trois troubles, car ceux-ci ne s'excluent pas mutuellement. Cela signifie que des personnes peuvent présenter un profil correspondant à un ou à plusieurs de ces troubles. La catégorie des troubles liés à l'utilisation de substances exclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances.
3. Le « Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances » comprend les troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, et inclut les répondants qui satisfaisaient à la fois aux critères d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances. Il n'est pas possible d'établir le « Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances » en faisant la somme des différents troubles, car ceux-ci ne s'excluent pas mutuellement. Cela signifie que des personnes peuvent présenter un profil correspondant à un ou à plusieurs de ces troubles.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Tableau 2
Raisons pour être entré en contact avec la police au cours des 12 mois précédents, Canada, 2012

	Canadiens de 15 ans et plus	
Raisons pour être entré en contact avec la police	nombre (en milliers)	pourcentage
Délit de la route	3 101	11,0
Victime d'un crime	1 103	3,9
Témoin d'un crime	965	3,4
Problèmes d'un membre de la famille liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances	579	2,1
Problèmes personnels liés aux émotions, à la santé mentale ou à l'utilisation de substances	257	0,9
Arrestation	239	0,8
Total des raisons pour être entré en contact avec la police[1]	**5 199**	**18,4**

1. Il n'est pas possible d'établir le « Total des raisons pour être entré en contact avec la police » en faisant la somme des différentes raisons, car celles-ci ne s'excluent pas mutuellement. Cela signifie que les répondants ont pu avoir plus d'une raison pour être entrés en contact avec la police. Au total, parmi les personnes qui sont entrées en contact avec la police, 15,7 % ont déclaré plus d'une raison. Exclut les types de contacts avec la police suivants : séances d'information publique, raisons liées au travail, accidents et autres raisons.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Tableau 3
Total des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances au cours des 12 mois précédents, selon certaines caractéristiques démographiques, Canada, 2012

Caractéristiques démographiques	Canadiens de 15 ans et plus atteints d'un trouble	
	nombre (en milliers)	pourcentage
Groupe d'âge		
15 à 24 ans†	806	18,5
25 à 44 ans	1 033	11,4*
45 à 64 ans	775	8,3*
65 ans et plus	150	3,2*
Revenu annuel du ménage[1]		
0 $ à 19 999 $†	387	17,4
20 000 $ à 39 999 $	531	10,9*
40 000 $ à 59 999 $	518	10,5*
60 000 $ à 79 999 $	360	8,4*
80 000 $ à 99 999 $	271	8,6*
100 000 $ ou plus	697	8,8*
Principale source de revenu du ménage		
Emploi	2 073	10,2*
Prestations sociales†	249	29,4
Prestations aux aînés	253	5,9*
Autres sources	119	11,1*
Plus haut niveau de scolarité atteint		
Niveau inférieur au diplôme d'études secondaires	516	10,6*
Diplôme d'études secondaires	486	11,2*
Certaines études postsecondaires†	295	15,1
Diplôme d'études postsecondaires	1 454	9,0*
Population autochtone[2]		
Population autochtone[3]†	173	15,2
Population non autochtone	2 192	11,2*
État matrimonial		
Marié(e) ou vivant en union libre	1 127	6,9*
Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)	347	9,9*
Célibataire, jamais marié(e)†	1 286	17,3

† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
1. Les revenus du ménage n'ont pas été ajustés en fonction de la taille du ménage ni de l'emplacement géographique.
2. Les estimations pour la population autochtone ont été normalisées selon l'âge et le revenu par rapport à la population non autochtone.
3. Comprend les répondants qui ont déclaré être des Premières Nations (Indiens inscrits et non inscrits), Métis ou Inuits. Exclut les Autochtones vivant dans les territoires, les réserves ou autres établissements autochtones.
Note : Les répondants atteints d'un trouble comprennent ceux qui satisfaisaient aux critères d'au moins un des troubles suivants au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête : dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Tableau 4
Certains types de services professionnels obtenus parmi les personnes atteintes d'un trouble qui estimaient avoir besoin de soins, selon qu'elles sont entrées ou non en contact avec la police au cours des 12 mois précédents, Canada, 2012

	Canadiens de 15 ans et plus atteints d'un trouble et ayant des besoins de soins perçus	
	Contact avec la police†	Pas de contact avec la police
Type de service professionnel obtenu	pourcentage	
Médecin de famille ou omnipraticien	48,9	52,4
Travailleur social ou conseiller	28,7	25,3
Psychiatre	22,4	22,2
Psychologue	22,2	19,8
Hospitalisation	11,2[E]	3,5[E,*]
Infirmière	9,3[E]	8,2
Total des services professionnels obtenus[1]	**76,9**	**72,0**

[E] à utiliser avec prudence (ces données comportent un coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %)
† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
1. Comprend une faible proportion de répondants qui ont déclaré utiliser la thérapie en ligne (p. ex. cyberthérapie, counselling en ligne) pour obtenir de l'aide. Il n'est pas possible d'établir le « Total des services professionnels obtenus » en faisant la somme des différents types de services professionnels, car ceux-ci ne s'excluent pas mutuellement. Cela signifie que les répondants ont pu utiliser plus d'un type de service professionnel.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Annexe — tableau A

Rapports de cotes corrigés faisant le lien entre les contacts avec la police et les troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances, et certaines autres caractéristiques démographiques ou socioéconomiques, Canada, 2012

Caractéristiques démographiques ou socioéconomiques	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances			
Non†	1,00	...	...
Oui	2,10*	1,80	2,46
Sexe			
Hommes†	1,00	...	...
Femmes	0,60*	0,53	0,68
Groupe d'âge			
15 à 24 ans†	1,00	...	...
25 à 44 ans	1,15	0,92	1,43
45 à 64 ans	0,68*	0,54	0,86
65 ans et plus	0,30*	0,22	0,41
Population autochtone			
Population autochtone[1]	1,34*	1,05	1,71
Population non autochtone†	1,00	...	...
Plus haut niveau de scolarité atteint			
Niveau inférieur au diplôme d'études secondaires	0,73*	0,60	0,88
Diplôme d'études secondaires	0,75*	0,63	0,90
Certaines études postsecondaires	1,12	0,85	1,47
Diplôme d'études postsecondaires†	1,00	...	...
Revenu annuel du ménage			
0 $ à 19 999 $†	1,00	...	...
20 000 $ à 39 999 $	0,96	0,75	1,22
40 000 $ à 59 999 $	1,01	0,79	1,29
60 000 $ à 79 999 $	0,90	0,70	1,16
80 000 $ à 99 999 $	0,81	0,60	1,09
100 000 $ ou plus	1,12	0,86	1,45
État matrimonial			
Marié(e) ou vivant en union libre	0,96	0,79	1,17
Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)	1,55*	1,18	2,04
Célibataire, jamais marié(e)†	1,00	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

† catégorie de référence

* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)

1. Comprend les répondants qui ont déclaré être des Premières Nations (Indiens inscrits et non inscrits), Métis ou Inuits. Exclut les Autochtones vivant dans les territoires, les réserves ou autres établissements autochtones.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.